

FACULTE DE MEDECINE
BROUSSAIS · HOTEL.DIEU
UNIVERSITE DE PARIS VI

ANNEE 1971

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Michel BERNARD

Né le 22 Novembre 1942 à Boulogne-Billancourt

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

LE GASTRECTOMISÉ
EST - T'IL
UN HANDICAPÉ PHYSIQUE ?
(ETUDE SUR 110 SUJETS AU TRAVAIL)

Président : Monsieur Maurice DEROT (Professeur)

FACULTE DE MEDECINE
BROUSSAIS · HOTEL.DIEU
UNIVERSITE DE PARIS VI

ANNEE 1971

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Michel BERNARD

Né le 22 Novembre 1942 à Boulogne-Billancourt

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

LE GASTRECTOMISÉ

EST - T'IL

UN HANDICAPÉ PHYSIQUE ?

(ETUDE SUR 110 SUJETS AU TRAVAIL)

Président : Monsieur Maurice DEROT (Professeur)

UNIVERSITE DE PARIS VI
BROUSSAIS HOTEL DIEU
FACULTE DE MEDICINE

ANNEE 1971 THESE

1971

DOCTORAT EN MEDICINE

1971

1971

UNIVERSITE DE PARIS VI

RE LA 12 NOVEMBRE 1971 A 10H00 - 12H00



UNIVERSITEIT VAN LEIDEN

LE GASTRECTOMISE

EST - TIL

UN HANDICAPÉ PHYSIQUE ?

(1971 - 1972)

UNIVERSITEIT VAN LEIDEN

A MON PERE

A MA MERE

AVEC TOUTE MON AFFECTION
ET MA PROFONDE RECONNAISSANCE

A MA FEMME

A MA FILLE



A Monsieur le Professeur Maurice LAFAY

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

Qui ont fait les grands moments
D'accepter la République de cette Union

En hommage de notre reconnaissance
Technicienne

A Monsieur le Professeur Maurice DEROT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la Présidence de cette thèse

En hommage de notre respectueuse
reconnaissance

A Monsieur le Docteur Michel MIROUX

Assistant du Service de Médecine Hommes
à l'Hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours

Qui nous a confié le sujet de cette thèse
et nous a guidé dans sa réalisation

En témoignage de notre reconnaissance
et de notre profond attachement

A Monsieur le Docteur Jean MILLOT

Chef du Service de Médecine Hommes
à l'Hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours

A Monsieur le Docteur Roland LEBouc

Médecin-Chef des Consultations de Médecine
à l'Hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours

En témoignage de notre profonde reconnaissance
pour l'enseignement qu'ils nous ont prodigué,
et pour l'accueil qu'ils nous ont toujours
réservé

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE

I N T R O D U C T I O N

Les conceptions de la gastrectomie subtotale pour ulcus gastro-duodénal qui ont beaucoup évolué depuis ses débuts, sont passées par plusieurs optiques.

Les progrès de la chirurgie gastrique ont porté cette intervention à la perfection aux environs de 1930, mais la technique a précédé la connaissance de la physiologie gastro-duodénale, de la pathogénie de la maladie ulcéreuse et surtout des conséquences mécaniques et biologiques de l'amputation gastrique. Aussi, considérées surtout par les chirurgiens comme le seul traitement valable de l'ulcère gastro-duodénal, les gastrectomies furent-elles pratiquées de façon trop systématique.

Au cours d'une deuxième période, débutant vers 1950, le choc en retour fut médical. Les gastro-entérologues, les nutritionnistes décriront la nouvelle pathologie de l'estomac opéré, mirent l'accent sur l'importance des séquelles et leur fréquence et s'efforcèrent de réduire les indications opératoires. LAMBLING et CONTE décriront en 1949 le "syndrome multicarentiel tardif des gastrectomisés". On parla de la "grande pitié des gastrectomisés" (VERNE). P. HILLEMAND en 1954, fit un réquisitoire contre cette thérapeutique chirurgicale.

Depuis quelques années, médecins et chirurgiens s'accordent à réserver la gastrectomie aux ulcères rebelles à tout traitement médical bien conduit et à ceux qui se compliquent. L'indication opératoire est très soigneusement posée, la technique adaptée à chaque malade, en fonction de critères très précis,

parmi lesquels les psycho-somaticiens souhaitent faire entrer la structure de la personnalité du sujet, afin de limiter la fréquence et l'importance des séquelles en regard de l'état initial du malade. Cependant, malgré ces précautions, la gastrectomie réalise un bouleversement anatomique et physiologique de la digestion, pouvant entraîner des désordres plus ou moins sévèrement ressentis suivant le tempérament de l'intéressé. Et si l'on rencontre moins souvent les complications graves, invalidantes, on voit encore fréquemment des sujets gênés ou même marqués par une opération pourtant légitime et mesurée.

En Médecine du Travail, on est amené à voir des sujets qui mènent une vie active, chez lesquels on pourrait donc supposer que les séquelles sont minimales, voire inexistantes. Il nous a paru intéressant de revoir un certain nombre de dossiers de gastrectomisés, afin de juger de leurs problèmes, de leur adaptation au travail et du degré de leur handicap physique lorsque celui-ci existe, et nécessitant alors, que ces sujets puissent bénéficier des facilités accordées aux diminués physiques plus habituellement reconnus : infirmes loco-moteurs, aveugles, cardiaques, etc...

Nous envisagerons successivement :

- Un rappel des complications et des séquelles de la gastrectomie
- Les conditions et le milieu dans lesquels cette enquête a été réalisée
- La pathologie qui a pu être observée chez ces sujets
- Les gastrectomisés dans le cadre socio-professionnel, leur réinsertion dans la vie active

LES SEQUELLES ET LES COMPLICATIONS DE LA GASTRECTOMIE

Nous étudierons essentiellement les complications de la gastrectomie subtotale pour ulcus gastro-duodéal.

I - LES COMPLICATIONS LOCALES

Les complications locales traduisent essentiellement l'intolérance d'une des muqueuses en présence dans l'anastomose, vis à vis des sécrétions d'activité chimique ou peptique trop différentes de l'autre muqueuse. Ainsi fait figure d'agresseur l'activité acido-peptique du suc gastrique sur les muqueuses oesophagienne, duodénale ou jéjunale.

1) L'ulcère peptique ou anastomotique

Complication locale majeure des gastrectomies, il apparaît quelques mois ou quelques années après l'opération. Sa fréquence se montre très variable selon les statistiques (1 à 7 %). L'anastomose gastro-jéjunale y prédispose sans doute plus que l'anastomose gastro-duodénale. Le rôle essentiel dans sa survenue est certainement joué par la persistance après l'intervention - surtout pour ulcus duodéal - d'une sécrétion acide relativement importante, par le moignon gastrique, qui attaque l'anse jéjunale.

On reconnaît plusieurs causes prédisposantes à ces ulcères anastomotiques :

- Résection gastrique insuffisante, soit de la

zone acide sécrétoire, soit de la zone alcaline reflexogène.

- Dans les ulcères duodénaux.
- Chez les hommes plus que chez les femmes.
- Dans certaines races (Méditerranéens).
- Intervention en cours de poussée ulcéreuse.
- Absence de traitement et de diététique post-

opératoire.

Cliniquement, le tableau est un peu celui d'un ulcus duodénal, mais plus intense : douleurs très importantes latéralisées à gauche, avec irradiations dorsales, tardives - 5 heures après les repas - incomplètement calmées par l'ingestion d'aliments. Les hémorragies ne sont pas rares.

Le diagnostic est radiologique : image de niche ulcéreuse souvent difficile à mettre en évidence.

En l'absence de traitement - chirurgical avant tout - des complications peuvent apparaître :

- Altération de l'état général avec dénutrition évoluant vers la cachexie.
- Hémorragies qui peuvent être abondantes et de pronostic grave.
- Perforations en péritoine libre ou cloisonné.
- Fistule gastro-jéjuno-colique.

2) Les complications inflammatoires

a) Gastrite du moignon

Elle se traduit par un syndrome douloureux postprandial, accompagné souvent de vomissements alimentaires ou bilieux, parfois même par de petites hémorragies. Le diagnostic se fait à la radiographie - plis élargis et épais - et à la gastroscopie qui met en évidence l'inflammation de la muqueuse.

Cette gastrite est favorisée par l'absence de précautions diététiques, l'intoxication éthylique et tabagique, et en cas de gastrectomie avec anse afférente, par le reflux du suc biliaire,

pancréatique et intestinal vers le moignon, réalisant une alcalinisation nocive pour la muqueuse.

b) Stomite

Inflammation isolée ou prédominante au niveau de la bouche anastomotique associée à la gastrite qui peut parfois aboutir à une sténose de cette bouche. Les signes cliniques sont identiques ; le diagnostic est avant tout endoscopique, pouvant mettre en évidence des fils de suture non résorbables souvent responsables de cette complication.

c) Jéjunite

Elle siège sur l'anse efférente et coexiste avec un ulcère anastomotique, annonce sa survenue où, au minimum atteste de la persistance d'un taux élevé d'acidité gastrique. Elle se traduit par des douleurs souvent accompagnées de vomissements ou de diarrhée.

3) L'invagination jéjuno-gastrique

Rare, il s'agit le plus souvent d'une découverte radiographique à l'occasion de troubles mineurs. Elle peut se manifester parfois sur un mode aigu, réalisant un tableau d'occlusion haute du grêle.

4) L'évagination gastro-duodénale

N'intéresse que la muqueuse et reste bien souvent sans traduction clinique.

5) La hernie hiatale

Conséquence de l'acte chirurgical, elle est fréquente dans les suites de gastrectomie, avec ou sans reflux oesophagien. En pratique, sa recherche doit être systématique, avant, pendant et après l'intervention.

6) Les hémorragies digestives

Leur fréquence est estimée de 14 % à 2 % des cas selon les auteurs. Elles relèvent parfois d'un ulcère peptique ou de gastrites, de stomites, de hernies hiatales, etc...

7) Cancérisation

Elle peut survenir sur le moignon gastrique ou sur la bouche d'anastomose après intervention pour lésion bénigne.

II - LES COMPLICATIONS FONCTIONNELLES

Ces manifestations sont constituées par un ensemble de troubles post-prandiaux, très variés et souvent difficiles à isoler les uns des autres, en rapport avec la création d'un circuit digestif nouveau.

1) Les intolérances alimentaires

Fréquemment rencontrées, variables avec les sujets. Certains aliments comme le lait, les graisses cuites, les plats en sauces, les crudités - le plus souvent incriminés - sont mal tolérés par les gastrectomisés, provoquant des digestions pénibles, parfois des vomissements.

2) Le syndrome du petit estomac

Sensation de pesanteur, de plénitude gastrique survenant immédiatement après les repas, obligeant le malade à restreindre son alimentation. Ce syndrome, habituellement transitoire, est lié à la réduction du volume gastrique et disparaît après une période d'adaptation de quelques mois.

3) Le dumping syndrome

Précoce, il apparaît dans la demi-heure qui suit un repas. Il associe des symptômes digestifs, vaso-moteurs, et généraux. Trois formes peuvent être individualisées :

a) Forme grave : la plus rare. Le malade éprouve une sensation pénible de plénitude épigastrique, de tension sus-ombilicale, accompagnée parfois d'éructions, de borborygmes. Des nausées et des vomissements peuvent survenir. Puis rapidement apparaissent des troubles vaso-moteurs, bouffées de chaleur, sueurs, palpitations, modification plus ou moins marquée de la tension artérielle, sensations lipothymiques. Il s'y ajoute des troubles nerveux : céphalées vives, vertiges, bourdonnements d'oreille, obnubilation intellectuelle. Tout ceci s'accompagne d'angoisse et d'asthénie profonde.

Ces troubles sont aggravés par la position debout et calmés par le décubitus. Ils cèdent alors en 10 à 20 minutes.

b) Forme d'intensité moyenne : calquée sur la précédente, mais atténuée dans tous ses caractères.

c) Forme légère : de loin la plus fréquente. Analogue au syndrome du petit estomac et d'ailleurs confondue par certains auteurs avec celui-ci.

Le dumping syndrome apparaît peu après l'intervention et va souvent s'atténuer spontanément après un an ou deux.

Son intensité semble en rapport avec la qualité et le volume des repas ; afin de s'y soustraire, le malade va réduire naturellement son alimentation.

Si sa physiopathologie est encore très discutée, les auteurs s'accordent cependant à penser qu'il est dû au passage trop rapide du bol alimentaire dans l'anse jéjunale efférente. Il est de fait qu'il est presque toujours rencontré dans les anastomoses gastro-jéjunales (types Finsterer, Polya) et rarement dans les anastomoses gastro-duodénales (type Péan). Il

faut souligner également le rôle du terrain : le dumping syndrome s'observe beaucoup plus volontiers chez certains ulcéreux atteints de névrose ou de dystonie neuro-végétative importante.

4) Le syndrome hypoglycémique post-prandial tardif et les troubles de la glycorégulation

Le syndrome hypoglycémique tardif survient 2 à 4 heures après le repas et se traduit par les symptômes habituels de l'hypoglycémie : malaise général avec sensations lipothymiques, impression de faim impérieuse, sueurs, troubles nerveux ou même psychiques.

Ces troubles sont rapidement calmés par l'ingestion d'hydrates de carbone.

Il est également fréquent de trouver une glycosurie chez les gastrectomisés qui peut relever :

- du dépassement du seuil rénal d'élimination du glucose au cours d'une flèche d'hyperglycémie post-prandiale précédant une chute hypoglycémique, chez un sujet qui a, à jeun, une glycémie normale ou abaissée.

- d'un diabète vrai, avec glycosurie permanente et glycémie élevée à jeun.

Sur le plan biologique, l'étude de la courbe d'hyperglycémie provoquée et d'insulinémie, explicite ces manifestations. Chez les diabétiques vrais, la courbe est d'allure diabétique avec une glycémie qui s'élève à 2 grammes à la 30^e minute, reste en plateau et ne redescend qu'à la 180^e minute.

Chez les autres, le départ de la courbe est normal ou bas ; à la 30^e minute, la glycémie est à 2 et même 2,50 grammes ; la chute hypoglycémique se produit entre la 60^e et 80^e minute et s'effondre au point le plus bas vers la 120^e minute. L'insulinémie reste parallèle à cette courbe.

La pathogénie de ces troubles de la glycorégulation est encore controversée et plusieurs explications restent proposées.

5) Le syndrome de l'anse afférente

Il se caractérise par des douleurs épigastriques post-prandiales s'intensifiant progressivement, finalement soulagées après plusieurs heures par la survenue de vomissements bilieux ou bilio-alimentaires.

Ces crises surviennent de façon épisodique tous les trois ou quatre jours et finissent en général par s'espacer.

Ce syndrome est rarement rencontré, et en général attribué à une diskinésie de l'anse afférente.

III - LES TROUBLES DIGESTIFS DIVERS

1) Les diarrhées

Assez fréquentes chez les gastrectomisés, elles évoluent par poussées, plus ou moins sensibles à la diététique. Les selles molles, fétides, surtout post-prandiales, peuvent être grasses et contenir des débris alimentaires mal digérés. D'autres fois, c'est seulement l'examen coprologique fonctionnel qui révèle l'accélération du transit, la stéatorrhée et l'association d'une insuffisance digestive gastrique ou pancréatique.

Elles ont des conséquences graves par les troubles nutritionnels qu'elles entraînent. Elles relèvent d'étiologies diverses : déficit enzymatique, achlorhydrie, accélération du transit.

2) Les perturbations pancréatiques et hépato-biliaires

Il est plus difficile, ici, de faire la preuve de la relation entre ces perturbations et la gastrectomie. Cependant, il

semble qu'il y ait là plus que des coïncidences.

La mise hors circuit du duodénum entraînerait une diminution de la sécrétion de sécrétine, donc une diminution de la stimulation du pancréas exocrine ; cette insuffisance fonctionnelle pourrait à la longue devenir organique et favoriser l'apparition de pancréatites chroniques.

On a aussi décrit des troubles biliaires à type de dyskinésie vésiculaire, lithiase, angiocholite, etc...

IV - LES COMPLICATIONS GENERALES

La gastrectomie peut entraîner de multiples troubles nutritionnels, souvent dissociés, portant sur un métabolisme particulier. Fréquemment latente - déséquilibre protidique sans traduction clinique - la malnutrition peut se révéler par un amaigrissement net, et au maximum, les différents troubles se trouvent réunis dans le syndrome multicarentiel des gastrectomisés, rare (1 % des cas), mais extrêmement grave.

Cet état de dénutrition d'observe essentiellement chez l'homme de plus de 40 ans, et après anastomose gastro-jéjunale.

D'autres facteurs contribuent à déclencher et entretenir ce phénomène :

- l'anorexie souvent due à l'abus de tabac et d'alcool.
- les troubles fonctionnels qui lorsqu'ils existent, imposent au patient de réduire le volume de ses repas.
- le mauvais état dentaire.
- les facteurs socio-économiques : obligation de manger à la cantine, au restaurant. Coût élevé des aliments de haute valeur nutritive, viande en particulier. Impossibilité de fractionner les repas ou de se reposer après ceux-ci.
- les facteurs psychologiques : complaisance du malade dans l'état de dépendance et de morbidité. Conflits.

- les atteintes intercurrentes : infections, interventions chirurgicales, etc...

1) Le syndrome multicarentiel des gastrectomisés

Il existe une période de latence, de 3 mois à 10 ans, entre l'intervention et le début des troubles. Dans plus de la moitié des cas, c'est au cours de la première ou de la deuxième année que vont apparaître les premiers symptômes : l'asthénie ; l'anorexie qui aboutit rapidement à une restriction alimentaire globale ; l'amaigrissement ; la diarrhée, symptôme très important et pratiquement constant aggravera rapidement la dénutrition. En quelques semaines se constitue alors le tableau multicarentiel complet :

- Asthénie extrême, physique, psychique, sexuelle.
- Amaigrissement considérable de 15 à 30 Kg.
- Des troubles digestifs : anorexie. Diarrhée tenace contenant des graisses en abondance et des fibres musculaires intactes. L'examen montre une hépatomégalie diffuse témoignant habituellement d'une stéatose.
- Des oedèmes présentant tous les caractères des oedèmes de carence. L'oligurie est habituelle, mais les épreuves fonctionnelles restent normales.
- Des modifications cutané-muqueuses et pharyngiennes : peau fine sèche, cireuse - la pilosité axillaire et pubienne disparaît - la barbe est rare, les cheveux fins et cassants. Glossite fréquente : langue rouge et décapillée.
- Anémie.
- Manifestations d'insuffisance polyendocrinienne
- Atteinte osseuse à type d'ostéoporose.

Examens biologiques

- L'hypoprotidémie est le signe majeur avec protides totaux inférieurs à 50g/litre. L'électrophorèse montre que la

baisse protidique porte essentiellement sur les albumines.

- Le taux des lipides n'est modifié que dans les cas graves où s'observe une baisse des lipides totaux et du cholestérol.

- Le métabolisme glucidique reste le mieux préservé. L'hyperglycémie provoquée montre une flèche d'hyperglycémie élevée et précoce, suivie d'une chute brutale et accentuée.

- Baisse de la kaliémie et de la calcémie au cours des diarrhées graves.

Evolution

Abandonné à lui-même ou mal traité, ce syndrome va s'aggraver progressivement et aboutir à la mort. Des complications peuvent précipiter l'issue fatale, au premier rang desquelles, les greffes infectieuses à pyogène et la tuberculose pleuro-pulmonaire.

Pathogénie

A l'origine de ce syndrome, plusieurs facteurs s'associent probablement :

- La sous-alimentation qui a été évoquée plus haut.

- Les troubles de l'absorption dont témoignent la stéatorrhée et la créatorrhée. On peut incriminer plusieurs mécanismes : la suppression de la phase gastrique de la digestion avec ses fonctions motrice et sécrétoire ; l'insuffisance fonctionnelle du pancréas exocrine en rapport avec le court-circuit digestif gastro-jéjunal ; l'asynchronisme dans le cheminement du bol alimentaire et des sécrétions bilio-pancréatiques qui se font avec retard ; l'irritation jéjunale.

- Défaut de synthèse peut-être, en particulier des albumines au niveau du foie.

2) Les autres troubles

Le syndrome multicarentiel constitue une entité bien

définie ; les éléments qui le constituent sont rarement réunis au complet. Habituellement on les observe isolés ou réunis en tableaux pauci-symptomatiques très divers.

a) L'amaigrissement

C'est l'expression clinique la plus fréquente des désordres nutritionnels ; très fréquemment, le gastrectomisé ne retrouve pas après l'intervention son poids habituel.

Cet amaigrissement est très diversement apprécié selon les auteurs et le recrutement des patients étudiés (3 % pour LARDENNOIS en 1932, 62,8 % pour PERA en 1946).

Parmi ces sujets, certains ont une cause apparente de perte de poids sous forme de troubles organiques ou fonctionnels, d'autres perdent du poids apparemment du seul fait de la résection gastrique. Il convient en outre d'apprécier le retentissement pondéral par rapport au poids théorique que devrait peser le sujet. Cependant la courbe de poids, habituellement stable après six mois à un an, est un élément essentiel de surveillance, tout fléchissement pouvant être annonciateur de complications plus graves.

b) L'asthénie

On estime habituellement qu'elle s'observe dans 20 % des cas et qu'elle évolue parallèlement à l'amaigrissement. Cette asthénie peut être physique - sensation de fatigue apparaissant prématurément pour un effort donné, très fréquente chez les travailleurs de force - ou psychique, subjective, favorisée par le terrain névrotique, l'instabilité habituelle au terrain ulcéreux.

Certains psycho-somaticiens (M. de M'UZAN et S. BONFILS) ont classé les ulcéreux en quatre catégories selon leur profil psychologique : le type "équilibré" qui groupe environ 50 % des cas ; le type "hyperactif", 25 % des cas ; le type "passif", 15 % des cas ; le type "instable", 10 % des cas, qui présente une alternance des deux derniers types.

Ce sont les "passifs" et les "instables" qui présentent le plus mauvais pronostic quant à la possibilité de retentissement sur l'activité sociale et sur le comportement : désadaptation psychique avec tendance dépressive, professionnelle avec perte de l'aptitude antérieure au travail, sociale et familiale. Les "hyperactifs" peuvent aussi voir parfois s'écrouler ou diminuer les surcompensations de leur vécu dépressif.

Il faut noter également l'asthénie sexuelle par diminution ou perte de la libido, sans qu'une cause endocrinienne puisse être retrouvée.

c) L'anémie

Elle est retrouvée chez de nombreux gastrectomisés, mais revêt des aspects très variables dans leur importance. Il existe en fait plusieurs types d'anémies secondaires à la gastrectomie.

- L'anémie hyperchrome mégaloblastique de type Biermerien s'observe rarement et après gastrectomie totale surtout. Elle apparaît tardivement après épuisement des réserves en vitamine B 12 de l'organisme et peut relever de deux mécanismes : insuffisance de facteur intrinsèque ou trouble de l'absorption iléale en cas de stéatorrhée.

- L'anémie hypochrome avec hyposidérémie est beaucoup plus fréquente et serait liée à une carence d'absorption en fer probablement due à l'achlorhydrie et à l'exclusion duodénale dans les anastomoses gastro-jéjunales.

Mais devant une anémie de ce type, il faut avant tout éliminer une hémorragie digestive occulte.

- L'anémie normochrome, modérée, est très souvent constatée. Elle est liée à la carence protéique qui entraîne un trouble de synthèse de l'hémoglobine.

En fait les formes mixtes sont très nombreuses, réalisant des tableaux hématologiques divers et résultant de l'association à des degrés variés des différentes carences.

d) Les troubles du métabolisme phospho-calcique

Les déminéralisations osseuses apparaissent tardivement, 5 à 10 ans après la gastrectomie. Leur fréquence augmente avec l'ancienneté de l'opération (13,3 % chez les sujets opérés depuis moins de 3 ans, 46,6 % après 6 ans, d'après une statistique de BARONCHELLI et d'ANTUONO). Mais il semble bien que le facteur déterminant soit l'âge du malade qui prédispose plus particulièrement à ce type de troubles qui ont l'inconvénient d'être longtemps méconnus et latents.

Les signes cliniques n'apparaissent qu'à un stade avancé et coïncident souvent avec une atteinte de l'état général. Ce sont des douleurs au niveau des membres inférieurs et du rachis, exacerbées par la mobilisation.

Les signes radiologiques plus précoces que les manifestations cliniques donnent un reflet plus fidèle de l'importance des troubles. Ils se caractérisent par des images de raréfaction osseuse prédominant au niveau du bassin, du thorax et du rachis ; selon le processus en cause, on aura des images d'ostéomalacie, d'ostéoporose, ou dans bien des cas, de type mixte, ostéoporo-malacique.

L'exploration biologique et histologique apparaît la mieux adaptée au dépistage précoce de la décalcification.

On a observé :

- Calcémie abaissée (70 - 80 mg/litre)
- Phosphorémie abaissée
- Calciurie basse inférieure à 80 mg/24 heures
- Phosphatases alcalines augmentées
- Epreuves dynamiques (hypercalciurie provoquée,

épreuve à la vitamine D) dont les réponses se répartissent en trois groupes : 1/3 de réponses malaciques, 1/3 de réponses porotiques, 1/3 de réponses normales.

Le diagnostic peut être confirmé par la biopsie osseuse.

L'origine de ces troubles de déminéralisation peut tenir :

- à une carence d'apport, par restriction alimentaire.

- à une malabsorption calcique secondaire à l'agastrie et surtout à l'exclusion duodénale. On ne doit pas méconnaître non plus, le rôle éventuel de l'absorption intestinale perturbée, en particulier par la stéatorrhée.

e) Les troubles endocriniens

Il n'est pas rare de constater un déficit des sécrétions hormonales périphériques : thyroïdienne, cortico-surrénale. Ce déficit ne semble pas être d'origine hypophysaire, mais une conséquence de la carence protido-lipidique.

f) Les carences vitaminiques

Elles concernent le plus souvent les vitamines liposolubles, surtout les vitamines du groupe B, ce qui pourrait expliquer la fréquence particulière des polynévrites chez les gastrectomisés.

g) La tuberculose pulmonaire

Elle est particulièrement fréquente dans les suites de gastrectomie (5 % d'après certaines enquêtes). Elle peut survenir chez des sujets indemnes de tout antécédent tuberculeux dans 75 % des cas ; une fois sur quatre, il s'agit d'une poussée évolutive, greffée sur des lésions antérieures à l'intervention et apparemment cicatrisées, comme si l'intervention donnait un coup de fouet à une tuberculose torpide.

Les manifestations pulmonaires apparaissent de un à quatre ans après l'intervention, très souvent dans la première année. L'évolution est grave, rapide et pourrait entraîner une mortalité voisine de 50 % (SECRETAN).

V - LES COMPLICATIONS DE LA VAGOTOMIE

La fréquence des séquelles de la vagotomie est difficile à fixer et les estimations diffèrent notablement selon les au-

teurs, toutefois un chiffre de 4 % semble assez vraisemblable ; mais il peut être difficile de faire la part des séquelles dues aux gestes chirurgicaux associés, et à la neurectomie.

Nous envisagerons ici rapidement les troubles qui peuvent être observés, à différents niveaux, après vagotomie par voie abdominale pour traitement de la maladie ulcéreuse.

1) Les séquelles gastriques

Une atonie gastrique et un spasme pylorique aboutiraient à une rétention chronique, en l'absence d'une opération complémentaire de drainage. Cette stase gastrique est habituellement transitoire, disparaissant en six mois, et se traduisant par quelques nausées, sensation de ballonnement et de pesanteur épigastrique post-prandiale.

Exceptionnellement l'atonie gastrique peut persister ou apparaître un an après, nécessitant une réintervention, car elle n'est alors plus réversible.

2) Les séquelles intestinales

Le dumping syndrome est rarement observé, et généralement d'intensité légère.

La diarrhée est la séquelle intestinale majeure, constituant un ennui tenace dans un quart des cas ; continue ou épisodique, aqueuse ou fécale, elle peut compromettre la reprise du poids et être une cause de résultat médiocre de l'intervention.

3) Les séquelles biliaires

Du fait de l'atonie vésiculaire et de l'hypertonie du sphincter d'Oddi, la vésicule se vide tardivement et de façon incomplète.

4) Les séquelles pancréatiques

La sécrétion externe du pancréas se trouve retardée, et diminuée tant en volume qu'en teneur enzymatique.

VI - RESULTATS D'ENSEMBLE DE QUELQUES ENQUETES

Les résultats de la gastrectomie sont très diversement appréciés d'une statistique à l'autre, selon l'époque de l'enquête, le milieu dans lequel elle a été réalisée et la personnalité de l'enquêteur. Les médecins sont fréquemment consultés pour les troubles plus ou moins graves survenant après l'opération, alors que les chirurgiens revoient plus souvent les malades qui vont bien ; d'autre part, ils jugent tolérable la rançon d'une exérèse nécessaire à ce stade de la maladie ulcéreuse.

Les résultats satisfaisants de l'opération varient de 90 % dans les statistiques les plus favorables à 50 % dans les moins optimistes :

- STRAUSS, BLOCH, FRIEDMANN, MEYER et PARKER (1930) MARX (1935) : 95 et 93 % des opérés avaient repris leurs occupations professionnelles.

- DE ROOY : Reprise totale du travail à 90,8 et 88,8 % selon que les anastomoses étaient gastro-duodénales ou gastro-jéjunales.

- AUGUSTE, LOOTEN et TACQUET (1948) dans le milieu de la S.N.C.F. : deux tiers des sujets avaient repris une activité totale ou presque totale ; le troisième tiers était formé d'invalides par suite de complications.

- DISSARD, BRESSON, DUPUY : Dans des emplois " moyens et légers", 78,2 % des travailleurs n'ont subi aucune gêne dans leur travail ; 19,8 % ont dû reprendre un travail moins pénible.

- BERNARD, FOURNIER et PEEL : Dans les emplois

"lourds" (mineurs de fond) 33 % sont incapables de reprendre leur travail.

- FONTAINE, FRANK et WEILL : Dans les mines de Lorraine très mécanisées ; 25,9 % des mineurs ont abandonné leur travail, dont 7,3 % mis en invalidité.

- ROUX, VAYRE, DEBBASCH (en milieu chirurgical) :
83 % de bons résultats, 5 % de séquelles graves, 5 % de reclassement professionnel.

LES CONDITIONS DE L'ENQUETE ET LES
INDIVIDUS

A propos de cette enquête réalisée dans le cadre de la Médecine du Travail, nous ferons d'abord quelques observations :

C'est une population de gastrectomisés actifs, donc sélectionnée, et il ne s'agira pas d'une statistique globale.

Des difficultés ont été éprouvées pour obtenir des réponses précises à certaines questions, par ignorance, oubli, notamment en ce qui concerne le type de l'intervention, la nature de troubles passés, etc...

Du fait des impératifs du travail qu'ils poursuivent, mais aussi par ignorance, négligence ou pour des raisons économiques, certains sujets n'ont pas toujours suivi les règles hygiéno-diététiques qui leur auraient été souhaitables.

Ainsi parmi les réponses que nous avons eues :

39	sujets	déjeunaient	à la cantine
13	"	"	"à la gamelle"
12	"	"	à domicile

Les excès de tabac et d'alcool ont été notés :

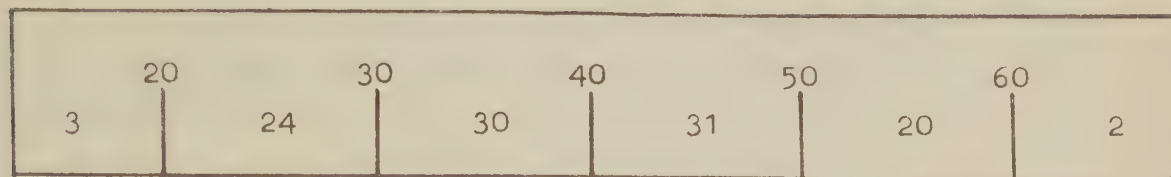
alcool : 28 sujets

tabac : 31 sujets

alcool et tabac : 16 sujets

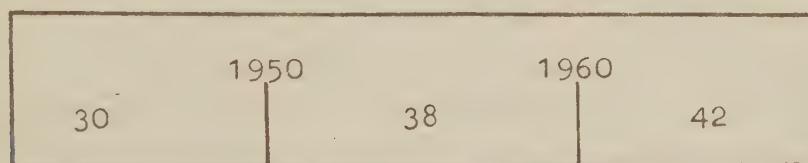
Nous avons étudié 110 dossiers comprenant 103 hommes et 7 femmes. A noter parmi les hommes, 7 Nord-Africains.

Nous avons relevé l'âge auquel la gastrectomie a été pratiquée :



La répartition selon l'âge est régulière entre 20 et 60 ans. On note cependant 3 gastrectomies faites avant 20 ans. Le chiffre faible après 60 ans peut s'expliquer, d'une part parce que les gastrectomies étudiées ont toutes été faites pour des lésions ulcéreuses et aucune pour un cancer gastrique, d'autre part parce qu'une gastrectomie pratiquée après 60 ans est souvent synonyme de retraite anticipée et le sujet échappe alors à la surveillance du Médecin du Travail.

L'année de la gastrectomie a également été notée dans le but de voir si les séquelles constatées avaient un certain rapport avec l'époque et l'éloignement de la gastrectomie :



Le siège de l'ulcus responsable de l'intervention n'a pas toujours pu être connu :

- ulcus gastrique : 28 cas
- ulcus duodénal : 55 cas

La cause de la gastrectomie a été recherchée :

- 49 fois, il s'agissait d'un échec du traitement médical ; mais bien peu nous ont paru avoir été conduits avec toute la rigueur nécessaire.

- 33 fois, il s'agissait d'une complication d'une lésion connue : hémorragie ou perforation.

- 23 fois, la chirurgie a constitué le traitement initial :

12 fois pour une complication révélatrice

11 fois comme traitement d'un syndrome douloureux épigastrique.

La recherche du type d'intervention pratiquée n'a guère été couronnée de succès. Neuf fois seulement nous avons pu obtenir une réponse précise avec des documents valables.

Il aurait pu être intéressant d'étudier les rapports possibles entre les séquelles observées et l'un des trois types de gastrectomie :

- gastrectomie de type PEAN, la plus physiologique, réalisant une anastomose gastro-duodénale.

- gastrectomie de type POLYA, avec anastomose gastro-jéjunale utilisant la totalité de la tranche de résection gastrique.

- gastrectomie de type FINSTERER, avec anastomose gastro-jéjunale également, mais utilisation partielle de la tranche de résection gastrique. Ces deux derniers types, qui réalisent une exclusion duodénale, sont considérés comme susceptibles de donner plus de séquelles digestives et nutritionnelles.

- Ajoutons la vagotomie, plus fréquemment pratiquée actuellement, isolée ou en association avec la gastrectomie.

Sur les 9 types de gastrectomies retrouvées, il y avait :

- 3 Péan avec de bons résultats

- 1 Finsterer avec un résultat assez décevant

- 5 Polya avec 2 bons résultats

2 avec séquelles importantes

1 avec ennuis digestifs transitoires.

Certains malades, enfin, ont été opérés à plusieurs reprises :

- 1 sujet réopéré 2 fois pour pancréatite
aiguë hémorragique

- 1 " pour ulcus peptique

- 2 " pour éventration

- 1 " pour vagotomie de complément

- 2 " ont subi une gastro-entérostomie

avec gastrectomie secondaire

- 1 " pour stomite

- 1 " laparotomie pour perforation et

gastrectomie secondaire

- 1 " opéré 4 fois de l'estomac pour des
raisons mal élucidées.

LA PATHOLOGIE OBSERVEE

I - COMPLICATIONS LOCALES

1) Les ulcères peptiques

Trois cas d'ulcère peptique ont été relevés parmi nos 110 gastrectomisés. Il s'agit de deux hommes de 65 et 57 ans et d'une femme de 32 ans, opérés respectivement depuis 13 ans, 2 ans et 5 ans. Pour aucun de ces trois malades, la guérison n'avait pu être obtenue au moment de l'enquête, malgré une ré-intervention dont le type n'a pu être précisé, 5 ans après la gastrectomie initiale pour l'opéré le plus ancien.

On pouvait noter par ailleurs une consommation alcoolotabagique assez importante chez les deux hommes.

Il faut enfin souligner les problèmes que pose parfois le diagnostic précis de ces séquelles, comme le montre cette observation de stomite sur fil de suture longtemps confondue avec un ulcus peptique, que nous décrirons ultérieurement.

2) Les complications inflammatoires

a) Gastrite du moignon

La plus fréquemment rencontrée, elle peut être associée à d'autres localisations : stomite, jéjunite.

Dix-sept malades s'en sont plaints à des degrés divers. La majorité de ceux-ci sont des opérés anciens puisque pour 13 d'entre eux, l'intervention est antérieure à 1950. Ces malades ne suivent, en général, plus aucun régime et bien souvent il s'y ajoute des habitudes éthyliques et tabagiques. On peut aussi ajouter que la vagotomie associée à la gastrectomie était peu courante à cette époque.

A côté de ces causes favorisantes habituelles, on peut citer le cas de ce sujet âgé de 30 ans, opéré depuis 7 ans, et traité pour gastralgies récidivantes. Or cet ouvrier est exposé aux peintures à solvants benzéniques. L'intoxication reste peu importante - les examens hématologiques étant normaux - mais ceci souligne la fragilité plus particulière de la muqueuse gastrique de ces sujets.

L'importance et la durée des troubles sont très variables selon les cas, allant de la poussée très passagère à la gastrite désespérément persistante, telle cette observation :

- M. Vincent G..., 46 ans, opéré depuis 21 ans (1948), présente depuis 18 ans une gastrite du moignon, résistant à tous les traitements et pour laquelle une vagotomie de complément est finalement proposée.

b) Les autres localisations inflammatoires

Elles sont bien moins fréquemment retrouvées ou du moins diagnostiquées, et il est probable que certains troubles étiquetés "gastrite" relèvent en fait d'autres localisations, les signes cliniques seuls permettant difficilement de les différencier.

- Les stomites : 2 cas diagnostiqués

- M. Guy G..., 60 ans, opéré à 47 ans d'un ulcus bulbaire perforé, présente une stomite un an après, nécessitant une réintervention.

- M. L..., 46 ans, opéré à 40 ans (1961) après un échec du traitement médical. Il présente un an après, en 1962 une hématomèse attribuée à un ulcus peptique qui est alors traité médicalement. En 1963, nouvelle poussée douloureuse avec hématomèse. Le malade est hospitalisé et le diagnostic exact est alors fait par la gastroscopie qui montre une stomite sur un fil de suture apparaissant dans la lumière de la bouche d'anastomose, avec gastrite associée.

Cette observation illustre les difficultés que l'on rencontre parfois pour établir un diagnostic précis et la nécessité de multiplier les examens complémentaires.

- Les jéjunites : un seul cas diagnostiqué

Poussée de jéjunite passagère, 6 mois après l'intervention. Résultats très favorables par la suite.

3) Les hémorragies

Dans notre enquête, 4 sujets ont présenté des troubles hémorragiques - hématomèse ou méloena - dans un délai variant de 2 à 6 ans après la gastrectomie. Si pour l'un d'eux il s'agissait d'une stomite sur fil de suture (malade cité plus haut), pour les autres l'étiologie ne nous a pas été précisée. Mais on peut penser qu'il y avait vraisemblablement une cause prédisposante de nature inflammatoire, comme le montre cette observation :

- M. R..., 55 ans, opéré à 44 ans (1958) d'un ulcus bulbaire. Les suites ont été satisfaisantes. Méloena 6 ans après dont l'étiologie a justifié une vagotomie de complément. Excellents résultats depuis.

4) Les hernies hiatales

Considérées comme très fréquentes dans les suites de

gastrectomie. Ici, 2 cas seulement ont été signalés. Mais on peut supposer qu'il en existait vraisemblablement beaucoup plus, du moins anatomiquement, sans manifestations cliniques justifiant des explorations complémentaires.

II - LES SEQUELLES FONCTIONNELLES

1) Les intolérances alimentaires

Ce type de troubles a été accusé par 5 sujets tous opérés depuis plus de 10 ans. Toute autre complication digestive ou générale mise à part, ces malades présentent une intolérance élective à certains aliments. Les plus fréquemment incriminés sont le lait et les laitages, viennent ensuite les aliments fermentescibles : féculents, haricots, etc...

2) Syndrome du petit estomac

Quatorze cas ont été relevés. Deux ont été opérés depuis moins de 2 ans, l'un présentant un syndrome très marqué, l'autre, beaucoup plus atténué.

Chez les opérés plus anciens, 2 malades signalent ce syndrome qui a complètement disparu en 2 ans.

Pour les 10 autres, on relève malgré le recul des années, une gêne modérée en général, mais qui nécessite tout de même de prendre des précautions et d'éviter tout excès alimentaire.

3) Le dumping syndrome

Sept cas ont été rapportés :

- 1 forme légère ayant disparu après quelque mois

- 4 formes également légères chez des opérés de longue date - l'un d'eux présentait tout d'abord une forme grave qui ne s'est atténuée qu'après 14 ans.

- 2 formes plus graves, dont l'une chez un malade atteint de graves désordres généraux et métaboliques.

4) Les troubles digestifs divers

Nous avons retenu 11 sujets qui accusaient des symptômes plus marqués : essentiellement, lenteurs de digestion, constipations, et surtout colites avec fermentation, ballonnement.

Signalons aussi un cas de dyspepsie biliaire.;

Mais il faut reconnaître qu'il est bien difficile de déterminer quelle est la part de la gastrectomie dans l'étiologie de ces troubles.

Il en est de même pour les manifestations pancréatiques - pancréatites chroniques surtout - qui selon certains auteurs, pourraient être en rapport avec la gastrectomie.

Deux cas ont été relevés :

M. Félix S..., opéré à 47 ans d'un ulcus bulbaire après échec du traitement médical, se plaint 4 ans après de troubles d'origine pancréatique, durant un an environ.

- M. Serge T..., opéré à 20 ans (1951) d'un ulcus bulbaire. Pancréatite aiguë hémorragique 12 ans plus tard (1963), ayant nécessité 3 interventions chirurgicales. Puis apparaît un diabète. Le malade est déclaré "inapte" à l'embauche par le Médecin du Travail en 1966.

III - COMPLICATIONS GENERALES

1) Les désordres nutritionnels

Cette enquête ayant été réalisée dans le cadre de la Médecine du Travail, sur une population active, on ne pouvait s'attendre à rencontrer les complications métaboliques et générales très graves, tel le syndrome multicarentiel des gastrectomisés. Nous avons cependant observé quelques malades qui s'en rapprochaient sous une forme plus légère :

Trois sujets, dont deux relativement jeunes (32 et 44 ans) et une femme de 65 ans, avaient un état général médiocre, avec asthénie, anorexie, amaigrissement important.

Un quatrième sujet a présenté des désordres nutritionnels et généraux beaucoup plus graves :

- M. M..., 37 ans, opéré à 31 ans (1960) d'un ulcus gastrique. Il pesait 57 Kg au moment de la gastrectomie ; après une chute de poids passagère, il remonte à 65 Kg un an et demi plus tard. Mais des troubles importants se sont installés dans les suites de l'intervention : syndrome du petit estomac, dumping syndrome, asthénie, fond dépressif avec décompensations épisodiques aggravant chaque fois l'état du malade, si bien que le poids tombe à 52 Kg, 6 ans après l'opération. Le malade est alors hospitalisé en milieu spécialisé et reprend 8 Kg avec un régime de 3.600 calories, au repos. Dès la reprise du travail (comme emballeur), il reperd 2 Kg immédiatement, puis encore 6 Kg dans les 6 mois qui suivent, avec d'autre part aggravation du syndrome psychique : angoisses, nosophobie (peur du cancer), etc...

2) Le retentissement pondéral de la gastrectomie

L'amaigrissement apparaît comme la conséquence de loin

la plus fréquente de la gastrectomie. Cependant, comme le font remarquer certains auteurs, les pourcentages paraissent exagérés, surtout en ce qui concerne les pertes de poids dues à la gastrectomie seule. En effet, on ne tient pas compte des variations pondérales par rapport au poids théorique que devrait peser chaque patient : bien des opérés qui ont perdu des Kilos, en valeur absolue, se sont en fait rapprochés de leur poids idéal, alors que leur poids réel était trop élevé avant l'intervention.

Ainsi, nous citerons le cas de 2 patients obèses qui ont perdu plus de 10 Kg après gastrectomie, mais gardaient encore une surcharge pondérale importante.

Nous avons éliminé de notre observation les opérés depuis moins de 2 ans, la période d'adaptation nécessaire en principe à la stabilisation du poids étant insuffisante.

Donc, sur 105 gastrectomisés, on constate :

52 (soit 50 % environ) ont conservé un déficit pondéral.

- 19 ont perdu moins de 5 Kg
- 16 ont perdu plus de 5 Kg
- 17 ne peuvent préciser la perte exacte

Parmi ces 52 sujets, il s'en trouvait 34 dont la perte de poids pouvait être rapportée à des affections organiques, des troubles fonctionnels divers ou un éthylisme important.

Pour les 18 autres - soit 1/3 des cas, ce qui correspond à la statistique de A. TACQUET (Lille, 1949) - l'amai-grissement semble imputable à la résection gastrique seule.

3) L'asthénie

La sensation de fatigue représente un élément subjectif dont dépend beaucoup la capacité de travail. Au moment

de l'enquête, 24 sujets s'en plaignaient. Nous aborderons ce problème plus en détail avec l'étude des gastrectomisés au travail.

Un aspect plus particulier de cette asthénie est représenté par les troubles de l'activité sexuelle : diminution de la libido, impuissance :

Quatre sujets seulement ont avoué un déficit sexuel, mais la fréquence exacte est difficile à apprécier, car les réponses des malades sont quelquefois peu sincères :

- 3 hommes relativement âgés de 55 à 65 ans.

- 1 homme de 44 ans a accusé un déficit sexuel passager au cours de la période post-opératoire.

4) La tuberculose

Neuf sujets ont présenté une tuberculose dans les années qui ont suivi la gastrectomie. Le délai d'apparition de la maladie varie de 2 à 9 ans après l'intervention.

- 8 tuberculoses pulmonaires dont 2 chez des Nord-Africains.

- 1 rechute de tuberculose ganglionnaire après gastrectomie.

5) Les troubles de la glycorégulation

Trois sortes de manifestations ont été décrites :

- Les accidents hypoglycémiques post-prandiaux tardifs : 4 cas dont 2 ont été passagers. Ajoutons un cas de malaises hypoglycémiques chez un diabétique léger.

- Les glycosuries post-prandiales ont été observées chez 5 gastrectomisés.

- Les diabètes vrais : 4 cas dont un chez un malade ayant fait une pancréatite aiguë hémorragique.

Un seul malade signale des antécédents familiaux de diabète

chez sa mère.

Notons que ces troubles de la glyco-régulation semblent totalement indépendants du sexe, de l'âge des malades et de l'ancienneté de la gastrectomie.

6) Les troubles du métabolisme calcique

Un seul cas de décalcification importante a été rapporté chez un malade opéré depuis 17 ans, d'un ulcus duodénal et ayant eu des ennuis pancréatiques par la suite.

7) Les troubles psychiques

Nous avons vu que la personnalité névrotique des ulcéreux pouvait entraîner après gastrectomie, des perturbations psychiques, surtout par diminution des défenses et des compensations du fond dépressif.

Dans le cadre de cette enquête, il n'était pas question de faire une analyse psychologique fine des individus examinés, aussi a-t-il été quelquefois difficile de faire la part des troubles qui existaient avant l'intervention et de ceux qui sont apparus ensuite.

Cependant d'après les observations des troubles psychiques plus ou moins évidents qui ont été rapportées, nous avons essayé de classer ces sujets en 3 groupes qui peuvent paraître un peu arbitraires :

- 6 sujets présentaient un état dépressif plus ou moins prononcé. Ils se plaignaient tous de fatigue, souvent accompagnée de troubles organo-fonctionnels dont le plus grave était une dénutrition très importante. Il en résultait pour tous un absentéisme très élevé.

Cinq de ces malades étaient gastrectomisés depuis 5-6 ans, le 6° depuis 17 ans. Son histoire est assez caractéris-

tique :

- M. J..., âgé de 48 ans, opéré à 31 ans pour ulcus gastrique perforé. Par la suite : dumping syndrome n'ayant disparu qu'après de nombreuses années. Etat dépressif, "sinistrosique", fatigue, malgré un reclassement dans un travail sédentaire de magasinier et absentéisme très important.

- Deux sujets étaient étiquetés "instables, revendicateurs". On notait par ailleurs un éthylysme qui pouvait, dans une certaine mesure, expliquer ces manifestations.

- Quatre sujets ont été regroupés ici pour : nervosisme, état neurotonique, insomnies, avec psoriasis chez l'un d'eux.

LA REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE
APRES GASTRECTOMIE

Après l'étude de la pathologie observée chez les gastrectomisés, nous essaierons d'envisager le devenir de ces opérés face à la vie active.

I - LES RESULTATS FAVORABLES

Ont été classés ici tous les sujets dont l'aptitude à leur ancien travail n'a pas été perturbée après gastrectomie, soit d'emblée, soit après une période d'adaptation avec éventuellement un complément de traitement pour séquelle passagère ou affection intercurrente.

Nous n'avons pas retenu :

- ceux qui ont dû changer d'activité après l'intervention
- ceux qui se plaignent d'asthénie chronique
- ceux qui présentent des séquelles organiques ou fonctionnelles durables pouvant handicaper la vie professionnelle.

Sur 107 gastrectomisés (pour 3 des 110 sujets, l'opération était trop récente pour permettre des constatations valables)

64 résultats favorables ont été relevés (59,8 %)

Parmi ceux-ci :

- 23 étaient indemnes de toute séquelle

- une séquelle mineure bien tolérée (petites poussées passagères de gastrite par exemple) a été rapportée 20 fois

- une absence de reprise du poids antérieur : 21 fois

Pour 8 sujets bien portants depuis plusieurs années, une période d'adaptation ou un complément de traitement ont été nécessaires :

- pour des troubles fonctionnels tels le syndrome du petit estomac, le dumping syndrome ou les malaises hypoglycémiques

- pour des troubles inflammatoires : jéjunite, gastrite, ayant même nécessité une vagotomie de complément chez l'un d'eux

- pour une tuberculose pulmonaire (3 malades)

Mais convenablement traités, ces malades mènent une vie normale depuis une dizaine d'années.

Nous avons recherché si l'ancienneté de la gastrectomie jouait un rôle dans la fréquence de ces cas favorables.

1950		1960	
21 cas sur 30	24 cas sur 38	19 cas sur 39	
soit 70 %	soit 63,1 %	soit 48,7 %	

Il apparaît donc une très nette augmentation des sujets non handicapés, avec le recul des années. Cela traduit vraisemblablement l'adaptation progressive au traumatisme physique, métabolique et psychique de la gastrectomie, que bien des opérés ne surmontent qu'après une période d'accoutumance plus ou moins longue.

Le problème des gastrectomisés à plus de 50 ans a également été envisagé. En effet, pour certains auteurs (tels M. de M'UZAN et S. BONFILS), la cinquantaine représente un âge critique pour la gastrectomie, en raison de la plus grande désadaptation psycho-socio-professionnelle et fonctionnelle constatée après cet âge. Ceci s'expliquerait par la prédominance chez ces

sujets d'une structure de la personnalité de type "passif et dépendant" avec tendances dépressives.

S'il est probable que cela se vérifie dans une statistique portant sur tous les gastrectomisés, dans notre enquête portant sur une population sélectionnée d'opérés, nous avons constaté :

- 45,4 % (10 sujets) des gastrectomisés à plus de 50 ans présentent un résultat favorable - pourcentage sensiblement égal à celui des opérés récents.

On peut sans doute l'expliquer par le fait que ces sujets poursuivant une activité normale, ne présentaient pas une personnalité les prédisposant à une désadaptation importante ; les autres étant éliminés de notre statistique.

II - LES RESULTATS NON FAVORABLES

Nous aborderons ensuite le cas des 46 sujets qui, pour une raison ou une autre, n'ont pas été retenus précédemment parmi les gastrectomisés ayant récupéré l'intégrité de leur aptitude au travail.

Il faut toutefois remarquer que pour un certain nombre d'entre eux, la gastrectomie a apporté une amélioration des conséquences socio-professionnelles de la maladie ulcéreuse.

Ces résultats dépendent de la pathologie organo-fonctionnelle développée après l'intervention et de l'attitude du malades devant ses troubles.

A) Le problème de la fatigue

Il faut l'entendre ici dans un sens large comprenant aussi bien la fatigue physique apparaissant prématurément à l'effort, que la sensation permanente d'une fatigue subjective dépendant beaucoup de l'état psychique du sujet.

Nous ne retiendrons d'abord que les sujets qui s'en plaignaient au moment de l'enquête.

Soit : 24 personnes (21,8 % du total)

Parmi celles-ci :

- Pas un cas de fatigue isolée.

- Un amaigrissement persistant : 20 fois dont 2 dénutritions avec mauvais état général.

- Un trouble fonctionnel ou organique d'intensité variable : 14 fois. Pour 6 d'entre eux, il s'agit d'affections organiques quelquefois graves, expliquant aisément cette asthénie : ulcus peptique, gastrite sévère, angor, diabète chez un polyopéré avec persistances de troubles digestifs, antécédents de tuberculose ganglionnaire traitée à deux reprises.

Les autres présentent des troubles fonctionnels, syndrome du petit estomac le plus souvent, parfois un léger dumping syndrome. Ces manifestations seraient, selon certains auteurs, bien souvent d'origine psycho-somatique. Ainsi, il n'y aurait pas de relation de cause à effet entre ce type de troubles et la fatigue, qui ne seraient tous deux que des éléments d'un tableau de désadaptation fonctionnelle et psychique.

- Un éthylysme important : 3 fois.

- Un trouble de l'équilibre psychique de type dépressif en particulier : 7 fois.

Répartition de ces sujets en fonction de l'époque de l'intervention :

1950		1960	
5 cas sur 30	7 cas sur 38	12 cas sur 42	
soit 16,6 %	soit 18,4 %	soit 28,5 %	

Ici encore apparaît le rôle favorable joué par la longueur de la période post-opératoire. La sensation de fatigue

est accusée bien plus fréquemment chez les opérés récents, depuis moins de 5 ou 6 ans.

Chez les sujets qui ont subi la gastrectomie après 50 ans :

8 cas sur 22 : soit 36,3 %

La nette augmentation de fréquence de la fatigue chez cette catégorie de sujets, illustre peut-être mieux les théories psycho-somatiques déjà citées : la fatigue, élément très subjectif, s'intègre bien dans le tableau d'une personnalité de structure "passive" qui serait habituelle chez les gastrectomisés après la cinquantaine.

Deux de ces 24 opérés ne travaillent qu'à mi-temps ; l'un pour des raisons qui semblent évidentes, l'autre beaucoup moins :

- M. D..., 59 ans, ajusteur, opéré 4 fois entre 1935 et 1964 pour des raisons mal définies. De plus : diabète, insuffisance pondérale, persistance de troubles digestifs importants.

- M. B..., 46 ans, manoeuvre, opéré depuis 4 ans. Méloena il y a 2 ans, persistance d'un léger amaigrissement. Pas d'autre séquelle, si ce n'est un état de fatigue qui l'oblige à travailler à mi-temps.

B) Problème du changement d'emploi

Venant en quelque sorte en annexe au problème de la fatigue, il s'agit maintenant des sujets qui, après gastrectomie, n'ont pas repris leur travail antérieur et ont dû se reclasser dans une activité moins exigeante et plus adaptée à leurs nouvelles possibilités.

Quels types d'activité ont nécessité ces changements d'emploi ?

- Les travaux en ambiance pénible ou exigeant des efforts physiques importants : ouvriers de fonderie, ou sur étuves, gou-

dronneur, ouvriers du bâtiment, reclassés comme magasiniers ou ouvriers spécialisés à des postes peu fatigants.

- Les travaux nécessitant efforts et stations debout prolongées : barman reclassé magasinier, femme de ménage employée à de gros travaux devenue garde-vestiaire.

- Emplois exigeant de nombreux déplacements : représentants, chauffeur-livreur devenus sédentaires comme employés de bureau ou chef d'équipe.

Treize de nos gastrectomisés ont dû changer d'activité : soit 11,2 %

Nous ajouterons deux cas extrêmes puisqu'il s'agit de sujets "inaptes" à l'embauche pour un travail fatigant, et aiguillés vers la mise en invalidité par le Médecin du Travail :

- M. T..., 35 ans, opéré depuis 15 ans. Pancréatite aiguë hémorragique il y a 3 ans, ayant nécessité 3 interventions chirurgicales, et suivie de diabète.

- M. B..., 58 ans, opéré depuis 4 ans. Résultat favorable sur le plan digestif. Mais obésité et coronarite.

Après reclassement, 5 sujets se sont bien adaptés et ont poursuivi normalement leur nouvelle activité en l'absence de complications fonctionnelles ou organiques.

Parmi les 8 autres, les suites ont été grevées par l'existence de perturbations qui ont gêné leur vie socio-professionnelle.

C) L'influence du mode de vie sur les suites de gastrectomie

Les perturbations anatomique et fonctionnelle du processus normal de la digestion entraînées par la résection gastrique, imposent à l'organisme la recherche d'un nouvel équilibre

des fonctions métaboliques qui ne pourra se réaliser qu'au prix de certaines exigences, notamment en matière d'alimentation.

D'autre part, l'influence des facteurs psycho-somatiques étant généralement admise chez ces malades, on conçoit l'importance que peuvent avoir sur une bonne réadaptation l'environnement, le mode de vie avec la place que tient l'activité professionnelle, son caractère plus ou moins contraignant ressenti par l'opéré.

Nous prendrons deux exemples :

- M. S..., 56 ans, gastrectomie type Polya à 51 ans pour ulcus duodénal sténosant. Ancien conducteur d'autobus à la R.A.T.P. A 54 ans, il est embauché comme gardien de nuit. Il pèse alors 62 Kg pour 1,72 mètre, soit 10 Kg de moins qu'avant l'intervention. Deux ans après, à 56 ans : 70 Kg, soit une augmentation de poids de 8 Kg.

Le sujet analyse bien les raisons de cette prise de poids, reflet de son état général :

-Il n'est plus astreint aux horaires tournants et à la fatigue de la conduite des autobus.

-Il est bien adapté au travail de nuit intégral.

-Ses horaires et la nature de son travail lui permettent une alimentation fractionnée.

- M. L..., 46 ans, opéré à 41 ans après échec du traitement médical. Au cours des 4 années qui suivent, le malade fait 4 poussées importantes de gastro-stomite avec hématoméses malgré les traitements énergiques qui ont été suivis. Durant cette période, il abandonne rapidement son métier de représentant, pour un travail de bureau avec grosses responsabilités, dans la même entreprise de la région parisienne. Il y a deux ans, il change complètement de cadre d'existence en partant exercer un travail à la campagne. Plus aucun trouble n'est signalé depuis.

D) Les autres sources de handicap

Après l'étude de la fatigue et des problèmes qui s'y rattachent, nous verrons les symptômes ressentis par ces sujets et qui ont pu perturber leur bonne insertion dans la vie active, par leurs conséquences : inconfort au travail, absentéisme, etc...

1) Les douleurs

Ce sont des douleurs abdominales, d'intensité variable, revenant avec plus ou moins de périodicité, parfois rythmées par les repas, selon leur étiologie : ulcus peptiques, gastrites, stomites, etc...

2) Les malaises

Ce sont les malaises généraux, habituellement rythmés par les repas, ressentis par les sujets atteints de dumping syndrome, de syndrome hypoglycémique post-prandial tardif, qui en plus de leur désagrément, peuvent contre-indiquer l'aptitude à certains emplois de sécurité.

3) Les atteintes de l'état général

- Par des troubles métaboliques : dénutrition, diabète, décalcification.

- Par tuberculose en cours de traitement avec arrêt de travail.

4) Les troubles psychiques

Etats dépressifs, "sinistrosiques", avec asthénie et absentéisme élevé.

E) Synthèse des résultats non favorables

Jusqu'ici, nous avons envisagé l'étude de ces cas non favorables par le détail de la symptomatologie observée chez ces sujets, ce qui ne permet pas d'apprécier le résultat de la gastrectomie sur un plan global. Il fallait donc essayer de comparer le gastrectomisé avec son état antérieur d'ulcéreux sous tous ses aspects, individuel et socio-professionnel. C'est ainsi qu'en conclusion de leur étude, les dossiers devaient être classés en trois catégories : "favorable" que nous avons déjà vus, "sans changement" et "néfaste".

Il ne faut bien sûr pas se dissimuler la part de subjectivité qui entre dans cette appréciation qui fut facile pour certains, plus difficile pour d'autres, impossible pour une dernière partie.

Nous avons ainsi abouti à 20 dossiers pour lesquels l'étiquette "néfaste" pouvait être donnée à la gastrectomie, compte tenu de la pathologie développée dans les années suivant l'acte opératoire.

Ces 20 personnes (18,1 %) pouvaient être considérées comme de réels handicapés physiques.

Ces sujets présentent le plus souvent une pathologie complexe associant troubles organiques et fonctionnels, accompagnés d'asthénie, handicapant ainsi fortement la vie active par une diminution importante des capacités de travail et un absentéisme élevé.

Parmi les affections dominant le tableau clinique, on a pu relever :

- Ulcus peptique : 3 sujets
- Troubles inflammatoires : 5 sujets dont un diabétique de surcroît, opéré 4 fois entre 1935 et 1964
- Troubles métaboliques. Dénutrition, diabète, mauvais état général : 4 sujets

- Troubles fonctionnels divers, avec asthénie : 4 sujets
- Tuberculose : 3 sujets
- Pancréatite aiguë hémorragique, compliquée de diabète : 1 sujet

En fonction de l'époque de la gastrectomie, la répartition s'établit ainsi :

	1950	1960
3 sujets sur 30 soit 10 %	7 sujets sur 38 soit 18,4 %	10 sujets sur 42 soit 23,8 %

On constate un écart important entre le pourcentage des gastrectomisés avant 1950 et les autres. On peut probablement l'expliquer par le fait que les plus handicapés des opérés de cette période, atteignant un certain âge, se sont retirés prématurément de la vie active.

Par ailleurs, même s'il est difficile de préjuger de leur avenir, il y a vraisemblablement parmi les gastrectomisés plus récents un certain nombre qui verront s'améliorer leur état actuel. En particulier, les sujets atteints de tuberculose qui représente dans le présent une complication grave, pourront par la suite, du moins pour certains, reprendre une vie pratiquement normale, comme nous l'avons vu pour d'autres anciens tuberculeux.

Il reste enfin 26 dossiers classés "sans changement" ou qui n'ont pas reçu d'étiquette, pour lesquels la gastrectomie n'a été ni une réussite totale, ni un échec.

Chez ces sujets, on ne rencontre pas de pathologie grave, la gastrectomie a en général de bons résultats anatomiques, les affections organiques sont rares, les troubles fonctionnels plus fréquents.

Entrent dans cette catégorie :

- Les opérés trop récents pour lesquels on ne peut encore tirer de conclusions.

- Les sujets qui n'ont pu reprendre leur ancien emploi après l'intervention et ont dû se reclasser.

- Une proportion élevée d'opérés (13) qui se plaignent d'asthénie, soit isolée, soit accompagnée de quelques troubles avec parfois une tendance dépressive.

Ils se répartissent selon l'époque de l'intervention :

1950		1960
6 cas sur 30	7 cas sur 38	13 cas sur 42
soit 20 %	soit 18,4 %	soit 30,9 %

Le nombre des gastrectomisés récents domine cette catégorie, alors qu'il est sensiblement égal pour les deux autres tranches d'âge. On peut penser qu'il s'agit là d'un état intermédiaire, susceptible d'évoluer dans un sens favorable par la suite, pour certains.

C O N C L U S I O N S

Les perturbations anatomique et fonctionnelle du processus normal de la digestion par la résection gastrique, peuvent entraîner des complications métaboliques ayant des effets sur l'état général, des troubles fonctionnels et des troubles locaux de degrés divers. De plus, les suites opératoires de la gastrectomie offrent la particularité d'être, dans une certaine mesure, conditionnées par le terrain psychique propre aux malades atteints de maladie ulcéreuse.

Les résultats et la fréquence des troubles consécutifs à cette intervention, sont très diversement appréciés selon l'époque de l'enquête, le milieu dans lequel elle a été réalisée (consultation hospitalière, Médecine du Travail, etc...) et la formation de l'enquêteur (médecin ou chirurgien). L'issue satisfaisante de l'opération varie de 90 % dans les statistiques les plus favorables à 50 % dans les moins optimistes.

Dans notre enquête portant sur 110 gastrectomisés qui poursuivent une activité professionnelle, 64 résultats favorables ont été enregistrés (soit 60 %). Malgré la persistance de quelques troubles mineurs pour certains, l'aptitude à leur ancien travail n'a pas été perturbée après la gastrectomie, soit d'emblée, soit après une période d'adaptation avec éventuellement un complément de traitement pour séquelle passagère ou affection intercurrente. Ce chiffre peut paraître faible par rapport à d'autres statistiques ; cela est dû, sans doute, à une plus grande sévérité des critères d'estimation adoptés.

Compte tenu de la pathologie organo-fonctionnelle développée après l'intervention, et de leur aptitude au travail, la conclusion n'a pas été favorable pour 46 opérés :

- Chez 26 d'entre eux (23,6 %), bien qu'il n'y ait pas de séquelles majeures, le résultat n'est que moyen ou bien d'appréciation difficile. La moitié de ces sujets se plaignent d'asthénie soit isolée, soit accompagnée de quelques troubles fonctionnels avec parfois une tendance dépressive. Il faut toutefois admettre qu'il s'agit pour certains d'une amélioration par rapport à leur état antérieur.

- Pour les 20 autres sujets (18,1%), que l'on peut considérer comme de réels handicapés physiques, le résultat de la gastrectomie est franchement néfaste, en raison des troubles graves qui ont suivi (ulcus peptiques, troubles nutritionnels et métaboliques, troubles inflammatoires, tuberculose, etc...), entraînant une diminution importante des capacités de travail et un absentéisme très élevé.

Treize sujets n'ont pas pu reprendre leur ancienne activité après l'intervention et ont dû être reclassés ou mutés avec plus ou moins de succès. Ces ouvriers exerçaient essentiellement des emplois nécessitant de gros efforts physiques ou de nombreux déplacements (représentants, chauffeurs-livreurs). On peut également signaler ici, le cas de ceux qui ont au sein d'une entreprise un poste de travail bien adapté à leurs plus faibles possibilités, mais qui pourraient avoir des difficultés à être embauchés ailleurs, ce qui pour le Médecin du Travail correspond à la définition de l'handicapé physique.

Sur le plan symptomatique, on peut relever plusieurs sources de handicap qui perturbent la vie socio-professionnelle de ces opérés en entraînant : inconfort, diminution de la capacité

de travail, absentéisme, etc...

- La fatigue : fatigue physique apparaissant prématurément à l'effort et empêchant la poursuite des emplois "lourds". L'asthénie chronique, accusée par 24 sujets (21,8 %) accompagne parfois un trouble organique ou fonctionnel grave; plus souvent, elle n'est qu'un élément d'un tableau de désadaptation psychique (tendance dépressive en particulier), sociale et professionnelle.

- Les douleurs abdominales : ulcus peptiques, gastrites, stomites, etc...

- Les malaises digestifs et généraux : syndrome du petit estomac, dumping syndrome, hypoglycémie tardive.

- Les atteintes de l'état général par des troubles métaboliques (dénutrition, diabète, décalcification) ou infectieux (tuberculose).

L'influence de la durée de la période post-opératoire a été étudiée sur les résultats favorables, néfastes, moyens, et sur la fatigue. Nous avons constaté chaque fois que l'éloignement de la gastrectomie influait favorablement sur les statistiques, traduisant vraisemblablement deux phénomènes : l'adaptation progressive au traumatisme physique, métabolique et psychique de l'amputation gastrique ; et l'élimination des sujets présentant des séquelles plus graves, qui se sont retirés prématurément de la vie active par une retraite anticipée ou une mise en invalidité.

La fréquence relativement élevée de troubles divers et de gravité variable constatés, peut certainement être améliorée dans de bonnes proportions par l'application d'un certain nombre de règles. :

Après la convalescence passée sous une bonne surveillance médicale, va se poser le problème de la reprise du travail, dans laquelle le Médecin du Travail, tout en restant en relation étroite-

te avec le médecin traitant, aura un rôle important par les nombreux contacts qu'il devra avoir avec l'opéré, en vertu de récentes dispositions de la législation, qui laisse à sa diligence le choix de la fréquence des visites aux transplantés, handicapés, anciens malades graves, etc...

Le gastrectomisé doit alors avoir un poids stable et satisfaisant ; il est réexaminé complètement en essayant d'établir un pronostic sur ses capacités de travail.

Les règles hygiéno-diététiques fondamentales - fractionnement des repas, choix et répartition des aliments - doivent continuer à être observées scrupuleusement, ce qui présente fréquemment des difficultés du fait d'une mauvaise compréhension du malade, des exigences du travail et du coût élevé des aliments de haute valeur nutritive comme la viande. Dans son rôle de diététicien, le Médecin du Travail doit également s'attacher à limiter la consommation d'alcool et de tabac, trop souvent excessive.

Si la reprise d'un travail intellectuel, sédentaire, présente peu de difficultés, il n'en va pas de même, nous l'avons vu, pour les travaux plus pénibles. Dans ce cas, l'activité sera reprise plus progressivement, à mi-temps par exemple, ce qui permettra d'étudier la tolérance du sujet, ou bien celui-ci sera orienté d'emblée vers un travail plus "léger".

C'est ainsi que certains postes de travail seront difficilement compatibles avec ces modalités :

- les travaux de force ou en ambiance pénible
- les travaux d'équipe ou à la chaîne qui nécessitent le respect d'une cadence
- les décalages horaires dans le système des 3 fois 8 heures ; ils sont fatigants et empêchent une alimentation régulière
- certains postes de sécurité pour les sujets qui présentent des malaises

A côté de ces conditions bien définies, la bonne réinsertion socio-professionnelle sera également soumise à des facteurs individuels, subjectifs, donc plus difficilement prévisibles, qui auront trait au mode de vie, à l'environnement de ces sujets, chez qui les influences psycho-somatiques sont généralement admises.

Par la suite, une surveillance étroite sera poursuivie au cours des fréquentes visites au Médecin du Travail. Certains auteurs estiment, en effet, que ce sont les premiers mois ou mieux les deux premières années qui vont conditionner toute l'évolution ultérieure.

L'examen comportera :

- le contrôle de l'adaptation au poste de travail
- les conseils hygiéno-diététiques détaillés, sans cesse renouvelés
- une surveillance fréquente et régulière du poids - reflet de l'état nutritionnel - qui doit rester stable et proche du poids théorique. Tout fléchissement peut être le signe annonciateur de troubles plus graves, et doit entraîner une enquête étiologique et un traitement adapté, en collaboration avec le médecin traitant
- dépistage de la tuberculose : BROUET estime indispensable une surveillance radiologique multipliée la première année, et fréquente jusqu'à la cinquième
- un examen d'urine : recherche d'une glycosurie qui peut être seulement post-prandiale ou traduire un diabète vrai
- exiger les soins dentaires pour la conservation d'une bonne mastication

Toutes ces modalités de reprise du travail et de surveillance correspondent en fait à celles qui sont appliquées aux handicapés physiques habituellement reconnus. Cela n'aura qu'un

caractère provisoire pour la majorité des opérés dont les suites seront favorables ; d'autre part, on verra certainement une diminution des résultats néfastes (18,1 %) et des résultats moyens (23,6 %) que nous avons relevés dans cette enquête.

Ainsi la gastrectomie qui reste le geste thérapeutique essentiel dans certaines circonstances - échec complet du traitement médical, complications de la maladie ulcéreuse - gardera toute sa valeur, pour le malade qui est en droit d'en attendre une guérison, et pour la société qui n'aura pas un invalide à sa charge

Ceci, sous réserve que :

- l'indication opératoire soit très soigneusement posée.
- une surveillance étroite et prolongée soit assurée après l'acte opératoire, nécessitant de la part du médecin traitant et du Médecin du Travail une bonne connaissance des problèmes de ces opérés, surtout dans le domaine déterminant de la diététique.
- toutes les facilités soient accordées à la reprise de la vie active, pour respecter les exigences du régime alimentaire et les possibilités physiques du gastrectomisé.

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - ALBOT G., POILLEUX F.
Actualités gastro-hépto-entérologiques de l'Hôtel-Dieu,
1965, 1, 34.
- 2 - AMDRUP E.
Postgastrectomy syndromes.
Am. J. Dig. Dis., 11, 432-446.
- 3 - AUGUSTE Ch., RIBET M., GUERRIN F., LESCUT T.
Le syndrome de l'anse afférente.
Presse médicale, 1963, 71, 1021-1024.
- 4 - BATTERSBY C.
(Dept. Surg., Univ. Queensland.)
Résultats sur 10 ans, de la vagotomie et de la gastro-jéjunostomie dans le traitement de l'ulcère chronique du duodénum.
Méd. J. Austral., 1969, 1, n° 12, 616-9.
- 5 - BERKOWITZ, GLASSUN.
Carbonhydrate metabolism in the gastrectomy patient.
A. M. J. Gastroent., 1966, 46, 1951, 67, 119-129.
- 6 - BIRBIS.
Les suites de la gastrectomie.
Jour. de Méd. de Bordeaux, 1962, 139, n° 8, 921-927.

7 - BONFILS S.

Le dumping syndrome. Etude biologique nutritionnelle et psychosomatique.

Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu, 1965, 1, 267-279.

8 - BOUVRY M.

Les diarrhées par agastrie.

Rev. du Prat., 1962, 12, 2, 155-167.

9 - BRETTE R.

Diététique et soins médicaux à donner à un gastrectomisé.

La Clinique, 1966, 61, n° 618, 281-284.

10 - CATTAN.

Les complications majeures de la gastrectomie.

Presse Médicale, 1955, 63, n° 47, 993-996 et n° 60, 1219-1220.

11 - CHAUBIN F., SIMON P.

Complications tardives de la chirurgie de l'ulcère gastro-duodéal.

Vie Médicale, Spécialité, Nov., 1968, 49.

12 - CHIMENES H., VALLIN J., FELBER J-P., DELORME M-L., GRASSI L.,
CHEVALIER R-J., DUPUY R., KLOTZ H-P.

Etude clinique et métabolique des troubles glycorégulateurs des gastrectomisés.

Ann. d'Endo. Paris, 1967, 28, 5, 611-639.

13 - CLAUDE R.

La dénutrition protidique des gastrectomisés.

Concours Médical, 1967, 89, n°45, 7439-7446 et n°46, 7719-7726.

14 - CONTE M.

Les troubles métaboliques après gastrectomie subtotale.
Cahiers du Collège de Médecine des Hopitaux de Paris, 1962,
n° 9, 635-643.

15 - DEMOLE, ULMAN, ASSIE, NGUYEN.

Le comportement alimentaire après gastrectomie partielle et la
prophylaxie diététique des séquelles.
Presse Médicale, 1965, 73, n° 8, 397-400.

16 - DEROT, LEQUESNE.

Contribution à l'étude des diabétiques gastrectomisés.
Bull. Soc. Méd. Hosp. Paris, 1951, 67, 1328-1329.

17 - DETRIE Ph.

La diététique des gastrectomisés.
Presse Médicale, 1956, 64, n° 51, 1276.

18 - DORF G.

Les diarrhées secondaires aux interventions gastriques.
Rev. du Prat., 1970, 20, n° 16, 2697-2698.

19 - DUBARRY J-J.

Les problèmes pratiques que pose au clinicien un opéré gastrique
déçu.
Rev. du Prat., 1964, 14, n° 7, 1020-1026.

20 - FEKETE C.

Les séquelles des anastomoses gastriques.
G. M. F., n° 73, 2963-2968.

21 - FERRIER J-P.

Dumping syndrome.
Rev. du Prat., 1970, 20, n° 16, 2677-2689.

- 22 - GALMICHE.
Ostéomalacies des gastrectomisés.
Médecine et Hygiène, 1961, 19, n° 530, 1011-1030.
- 23 - GILLET D.J., DUNN R.M., PHEILS M.T.
Les résultats du traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal de 1960 à 1964.
Austral. New Zeal. J. Surg., 1968, 38, n° 1.
- 24 - GUIVARC'H M.
Surveillance et devenir d'un opéré de l'estomac.
Rev. du Prat., 1966, 16, n° 24.
- 25 - GUIVARC'H M.
Rappel sur les interventions gastriques. (Variétés, avantages et inconvénients)
Rev. du Prat., 1970, 20, n° 16, 2611-2633.
- 26 - HARDOUIN J-P.
La diététique des gastrectomisés.
J. Chir., 1964, 87, 603-622.
- 27 - HILLEMAND B.
Les complications de la chirurgie gastrique (ulcères anastomotiques exclus).
Rev. du Prat., 1970, 20, n° 16, 2661-2675.
- 28 - HILLEMAND P.
Maladies de l'estomac, de l'oesophage et du duodénum.
Editions Médicales Flam. édit., Paris.
- 29 - HOLLENDER L-F., KOHLER J-J.
Les complications de la vagotomie.
Rev. du Prat., 1970, 20, n° 16, 2719-2727.

30 - JAMET J-M.

Les séquelles des gastrectomies.

G. M. F., n° 13, 2933-2944.

31 - JUSTIN-BESANCON, LAMOTTE, LAMOTTE-BARILLON et coll.

Gastrectomie et glandes endocrines.

Semaine des Hôpitaux, 1961, 37, n° 23, 1398-1406.

32 - JUSTIN-BESANCON L., LAMOTTE M., LAMOTTE-BARILLON S., BARLIER P.

Etude clinique des sytomes post-prandiaux observés chez les gastrectomisés.

Semaine des Hôpitaux de Paris, 1954, 30, 2211-2226.

33 - LAMBLING A., CONTE M.

Le syndrome multicarentiel des gastrectomisés.

Semaine des Hôpitaux de Paris, 1950, 26, 3485-3488.

34 - LE QUINTREC M., LE QUINTREC Y.

Diététique et interventions gastriques.

Rev. du Prat., 1970, 20, n° 16, 2729-2745.

35 - LONGUEVILLE et coll.

Hypoglycémie post-prandiale tardive du gastrectomisé.

Act. Gastro. Belg., 1967, 30, 185-208.

36 - LOYGUE J.

Ulcères peptiques post-opératoires.

Encyclopédie Méd. Chir. 9023, 10, 12 pages.

37 - MORATI-GENTILE (de), PECH.

A propos de 19 cas d'ulcus gastro-duodénaux. Esquisse du profil psychologique de l'ulcéreux.

Rev. du Corps de Santé des Armées, 1969, 10, n° 1, 51-61.

- 38 - MOREAUX J., LE QUINTREC Y.
Les ulcères anastomotiques.
Rev. du Prat., 1970, 20, n° 16, 2635-2659.
- 39 - MOUTIER F., CORNET A.
Les suites graves de gastrectomie pour ulcère gastro-duodéal.
Arch. Mal. App. Digest., 1950, 39, 1209-1220.
- 40 - DE M'UZAN M., BONFILS S.
Etude et classification des aspects psycho-somatiques de l'ulcère gastro-duodéal en milieu hospitalier.
Rev. Franç. Et. Clin. Biol., 1961, 6, 46-58.
- 41 - PANKEY
Post gastrectomy hypoglycemia Diabetes, 1963, 12, 82-83.
- 42 - PARIS J.
Les complications générales et métaboliques de la gastrectomie.
Rev. du Prat., 1970, 20, n° 16, 2703-2716.
- 43 - PRINCIOTTA M., OLIA A., CICOGNA A.
Rapports entre la tuberculose pulmonaire et les affections gastro-duodénales (ulcère gastro-duodéal et résection gastrique).
Rev. Patol. Clin. Tuberc. (Italie), 1969, 42, n° 1.
- 44 - RENE L., NICOLLO F., HARTMANN L.
Etude clinique et biologique d'une série homogène de 25 gastrectomies avec anastomose gastro-duodénale.
Arch. des Mal. App. Digest., 47, n° 9, 929-936.
- 45 - RENE L.
Séquelles de la vagotomie.
G. M. F., n° 13, 73, 2991-2996.

- 46 - ROUX M., VAYRE P., DEBBASCH L.

Le traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux (Syndrome de Zollinger-Ellison excepté). Indications et résultats à propos d'une série de 392 opérés.

Rev. du Prat., 1968, 18, n° 24, 3441-3451.

- 47 - RIGNAULT D., SILVER D.

Rôle du système nerveux dans la genèse du dumping syndrome.

J. Chir. Paris, 1968, 95, 115-124.

- 48 - SECRETAN

Ulcère, tuberculose et gastrectomie.

Médecine et Hygiène, 1963, 21, n° 581, 102.

- 49 - SOUPAULT R., PEQUIGNOT G.

Contribution à l'étude de l'alimentation des gastrectomisés.

Revue de diététique, 1955, 6, 33.

- 50 - SUITES TARDIVES DE LA VAGOTOMIE.

Acta gastro-entérol. Belg., 1969, 32, n° 1, 9-97.

- 51 - TETE M-R.

Traitement des complications et des séquelles de la gastrectomie en dehors de l'ulcère récidivant post-opératoire.

L'oeuvre Médicale, 1966, 4, n° 18, 35-41.

- 52 - TRAISSAC F-J., PACCALIN J.

Traitement des séquelles des gastrectomies.

IMMEX, Mai 1968, 509-517.

- 53 - TREMOLIERES J., MOSSE A., DELBES L.

Diététique thérapeutique.

Un Volume, 1958, G. Doin, éditeur.

- 54 - LES TROUBLES GLYCOREGULATEURS DES GASTRECTOMIES. (Etude clinique et biologique)
Journ. annu. Diabétol. Hôtel-Dieu, Paris, 1969.
Ed. Méd. Flammarion, 1969.
- 55 - VALLIN J.
Troubles de la glycorégulation chez les gastrectomisés.
Rev. du Prat., 1970, 20, n° 16, 2689-2694.
- 56 - VARAY J.
Précis de gastro-entérologie.
Masson édit., Paris, 1966, 323-347.
- 57 - VERNE J-M.
Faut-il croire à la grande pitié des gastrectomisés ?
Semaine des Hôpitaux de Paris, 1952, n° 39, 1649-1653.

T A B L E D E S M A T I E R E S

	Page
Introduction.....	1
Les séquelles et les complications de la gastrectomie.....	3
Les conditions de l'enquête et les individus.....	20
La pathologie observée.....	24
La réinsertion socio-professionnelle après gastrectomie.....	34
Conclusions.....	45
Bibliographie.....	51

Vu, le Président de Thèse

Professeur M. DEROT

Vu, le Doyen de la Faculté
Broussais-Hôtel-Dieu

Professeur P. MILLIEZ

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

